

Bulletin d'Immunsation

Organisation panaméricaine de la Santé



Volume XLII Numéro 2

Protégez votre Famille par la Vaccination

Juin 2020

Mise à jour : Le programme de vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19

(Version 2 : 24 avril 2020)

Suite à la déclaration de pandémie de COVID-19, émise le 11 mars 2020, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a recommandé de maintenir la vaccination ainsi que d'autres services sanitaires essentiels pendant la pandémie. Le 26 mars 2020, l'OPS a publié la première version du document intitulé **Le programme de vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19**,^a qui a fait l'objet de consultations avec plusieurs départements de l'OPS, ainsi qu'avec le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination.

Ce document a été présenté et débattu lors d'un webinaire qui a réuni les responsables des programmes de vaccination de la Région des Amériques, les membres du GCT, les membres des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination et les partenaires des programmes de vaccination.

En raison de l'apparition constante de nouvelles données factuelles concernant la transmission du nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) et ses incidences sur la santé publique, l'OPS a décidé que le document sera mis à jour lorsque nécessaire. À cette fin, et compte tenu des nouvelles preuves, la deuxième version a été publiée le 24 avril 2020,^b et les sujets suivants ont été ajoutés ou actualisés :

- Importance de préserver la confiance de la population dans les services de vaccination

Indépendamment de tout scénario, une stratégie de communication ajustée aux personnes doit être mise en œuvre pour diffuser des informations sanitaires précises, répondre aux préoccupations de la communauté, améliorer les liens communautaires et promouvoir l'utilisation continue des services de vaccination.

- Mise à jour sur l'utilisation des masques

L'utilisation de masques médicaux/chirurgicaux par le personnel de vaccination (dans les unités sanitaires, aux postes mobiles ou par les brigades communautaires) doit être déterminée par chaque pays/département/localité selon les critères établis par l'OMS (objectif de l'utilisation du masque, risque d'exposition au SARS-CoV-2, vulnérabilité, caractéristiques de la communauté, faisabilité et type de masque), et selon les recommandations sur la manière de mettre, d'enlever et d'éliminer les masques^c. Une priorité d'utilisation des masques médicaux/chirurgicaux doit toujours être donnée au personnel de santé responsable des soins délivrés aux patients (présomés ou confirmés) atteints de la COVID-19^d.

- Importance de la vaccination contre l'hépatite B au cours des 24 premières heures de vie

Du fait que les naissances en institutions se poursuivront, la vaccination des nouveau-nés doit rester une priorité dans tous les établissements. Il est particulièrement important de vacciner contre l'hépatite B au cours des 24 premières heures de vie pour réduire le risque de transmission verticale.

- Enregistrement périodique et systématique de la population en attente de vaccination

Il est important de tenir à jour un registre périodique et systématique de la population en attente de vaccination, incluant les nouveau-nés qui n'ont pas reçu les doses équivalentes, l'objectif étant de planifier la finalisation des calendriers vaccinaux aussitôt que la situation le permet.

Voir **PROGRAMME DE VACCINATION COVID-19** page 2

^a Disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51992>

^b Le texte intégral du document publié le 24 avril 2020 est disponible sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52056>

^c Organisation mondiale de la Santé. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. 6 avril 2020 [Disponible sur : [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)]

^d Organisation panaméricaine de la Santé. Ethics guidance for the use of scarce resources in the delivery of critical health care during the COVID-19 pandemic. Avril 2020. [Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/ethics-guidance-use-scarce-resources-delivery-critical-health-care-during-covid-19>]

En mémoire du Dr Louis Z. Cooper (1931-2019)

Par le Dr Jon Kim Andrus

Toute sa vie, le Dr Louis Z. Cooper a été un ardent défenseur des causes de l'enfance à travers le monde. Pendant de nombreuses années, j'ai eu l'occasion de constater personnellement et directement sa passion pour l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC), ce qui m'a amené à faire sa connaissance il y a quelques années, lorsque je dirigeai l'équipe de la vaccination à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Plus tard, nous avons beaucoup travaillé sur les questions de plaidoyer en faveur de l'enfance comme l'initiative Helping Babies Breathe, lancée par l'Académie américaine de pédiatrie, et les tests de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés. J'ai la très grande chance et l'honneur d'avoir travaillé avec lui et de le compter parmi mes amis proches. L'OPS m'a demandé d'exprimer quelques opinions personnelles sur la vie du Dr Cooper. Malheureusement, il est décédé à l'âge de 87 ans, au début du mois d'octobre 2019, après une riche et illustre carrière. Il était un père aimant, un membre infatigable de sa communauté et un excellent ami pour de nombreuses personnes.

Le Dr Cooper, ou Lou, comme l'appelaient ses nombreux amis, était professeur émérite à l'école de médecine et de chirurgie de l'université de Columbia, ancien président des services pédiatriques du centre hospitalier de St. Luke/Roosevelt, ancien président de l'Académie américaine de pédiatrie et capitaine dans l'armée de l'air des États-Unis. Le Dr Cooper a obtenu son diplôme d'études supérieures de premier cycle et son diplôme de médecine à l'université de Yale.

Au début de sa carrière, le Dr Cooper a fait partie de l'équipe qui a mis au point le vaccin contre la rubéole, ce qui a permis d'éliminer le SRC dans de nombreuses régions du monde. Il était au bon endroit, au bon moment, lorsque des

Voir **COOPER** page 8

DANS CE NUMÉRO

1 Mise à jour : Le programme de vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19

1 En mémoire du Dr Louis Z. Cooper (1931-2019)

2 La Semaine de la vaccination dans les Amériques 2020 dans le contexte de la COVID-19

3 La vaccination des nouveau-nés dans le contexte de la pandémie de COVID-19

4 Cadre pour la prise de décision : mise en œuvre de campagnes de vaccination² de masse dans le contexte de la COVID-19

PROGRAMME DE VACCINATION COVID-19 suite de la page 1

- Vaccination des personnes présentant une COVID-19 présumée ou confirmée et de ses contacts

• Personne présentant une COVID-19 (présumée ou confirmée)^e

- Il n'existe pas de contre-indication médicale à la vaccination d'une personne infectée par le virus de la COVID-19. Pour réduire au minimum le risque de transmission de la COVID-19, les personnes présentant une COVID-19 présumée ou confirmée doivent être placées en isolement et soignées selon les consignes du guide de l'OMS.
- Si la personne présentant une COVID-19 (présumée ou confirmée) ne se trouve pas dans un établissement de santé ou dans un hôpital, la vacciner peut augmenter la propagation de la maladie aux autres personnes. Pour cette raison, la vaccination doit être reportée jusqu'à la disparition des symptômes, et préférablement après deux tests consécutifs négatifs vis-à-vis de la COVID-19 (réalisés à 24 h d'intervalle). S'il n'est pas réalisable d'obtenir une confirmation de laboratoire, l'OMS recommande de retarder la vaccination durant les 14 jours qui suivent la résolution des symptômes.
- Si la personne présentant une COVID-19 (présumée ou confirmée) se trouve dans un établissement sanitaire ou un hôpital, elle doit être vaccinée selon le calendrier national de vaccination au moment de la guérison et avant de quitter l'établissement sanitaire ou l'hôpital, en respectant les mesures adéquates de prévention et de lutte contre les infections.

• Contacts (personnes exposées à des cas présumés ou confirmés de COVID-19)^f

- Il n'existe pas de contre-indications médicales connues à la vaccination des contacts.
- Si le contact ne se trouve pas dans un établissement sanitaire/hôpital, il doit être placé en isolement durant 14 jours pour éviter le risque de transmission de la COVID-19 à d'autres personnes ; s'il ne présente pas de symptômes de la COVID-19 à l'issue de 14 jours d'isolement, il peut alors être vacciné.
- Si le contact se trouve dans un établissement sanitaire/hôpital, il doit être vacciné selon le calendrier national de vaccination, avant de quitter l'établissement/hôpital et en respectant les mesures adéquates de prévention et de lutte contre les infections.^g

- Efficacité du BCG et du VPO pour prévenir la COVID-19

- **BCG** : il n'existe pas de données probantes selon lesquelles le BCG protège les personnes contre l'infection par le virus SARS-CoV-2. Deux études cliniques portant sur cette question sont actuellement en cours et l'OMS évaluera les données probantes éventuelles quand elles seront mises à disposition. En l'absence de données probantes aujourd'hui, l'OMS ne recommande pas la vaccination par le BCG pour prévenir la COVID-19. L'OMS continue à recommander la vaccination néonatale par le BCG dans les pays ou les établissements présentant une incidence élevée de tuberculose .
- **VPO** : il n'existe pas de données probantes selon lesquelles le VPO protège les personnes contre l'infection par le virus SARS-CoV-2. Une étude clinique portant sur cette question est planifiée, qui sera conduite aux États-Unis. L'OMS évaluera les données probantes éventuelles quand elles seront mises à disposition. En l'absence de données probantes aujourd'hui, l'OMS ne recommande pas la vaccination par le VPO pour prévenir la COVID-19. L'OMS continue à recommander l'administration du VPO pour prévenir la poliomyélite et dans le cadre des efforts mondiaux pour éradiquer cette maladie^h. ■

La Semaine de la vaccination dans les Amériques 2020 dans le contexte de la COVID-19

Cette année, la célébration de la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA) s'est distinguée des autres car elle a eu lieu pendant la pandémie mondiale actuelle de COVID-19. C'est pourquoi l'un des principaux objectifs de cette campagne était d'encourager les pays à maintenir la vaccination contre les maladies évitables par la vaccination pendant la pandémie, en particulier contre la rougeole et la grippe. La 18^e SVA s'est déroulée du 25 avril au 2 mai 2020 avec le slogan « Aime. Fais confiance. Protège. #LesVaccinsçaMarche ». Depuis 2003, plus de 806 millions de personnes de tous les âges ont été vaccinées dans le cadre de l'initiative régionale promue par l'OPS.

La vaccination reste un service essentiel qui doit continuer à maintenir la population en bonne santé et à réduire la charge pesant sur les services de santé afin qu'ils puissent riposter plus efficacement à la COVID-19. La vaccination qui vise à prévenir les maladies respiratoires graves dues à la grippe et à stopper les flambées de rougeole, auxquelles l'Argentine, le Brésil et le Mexique doivent actuellement faire face, est essentielle pour protéger la population tout en aidant les systèmes de santé à se concentrer sur la riposte à la COVID-19. Quelque 17 pays des Amériques ont déclaré qu'ils utilisaient la plateforme de la SVA pour vacciner contre la grippe, et 17 autres prévoient de vacciner contre la rougeole, avec l'objectif d'atteindre plus de 100 millions de personnes en utilisant des



approches innovantes en matière de vaccination, comme les services de vaccination au volant ou la mise en place de cliniques de vaccination dans les écoles vides ou les banques où les retraités reçoivent leur pension. Des efforts particuliers sont déployés actuellement pour vacciner les groupes à haut risque, notamment par des brigades de vaccination qui se rendent dans les maisons de retraite et les prisons. L'OPS a rappelé aux pays le besoin de suivre les directives nationales en matière de distanciation physique lors des activités de vaccination.

L'OPS a par ailleurs souligné qu'il était essentiel que tous les agents de santé soient à jour dans leurs

vaccinations et a établi une série de recommandations que les services de vaccination peuvent suivre pour protéger les agents et les membres de la communauté, notamment en proposant la vaccination en plein air ou des séances de vaccination exclusivement réservées aux groupes à haut risque, et en limitant le nombre de personnes accompagnant celle qui doit recevoir un vaccin.

En outre, dans leurs campagnes durant la SVA, les pays font passer des messages sur la prévention contre la COVID-19 tels que l'importance d'une bonne hygiène des mains et du respect de l'étiquette respiratoire, et s'efforcent d'éliminer les mythes et la désinformation sur la maladie. L'OPS ayant recommandé des activités de lancement virtuel pour célébrer la vaccination en toute sûreté, le Paraguay a récemment organisé un lancement symbolique de la campagne avec le président et le ministre de la Santé, qui a été diffusé sur les médias sociaux.

En ce qui concerne les médias sociaux, les postes et messages de la SVA partagés cette année dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ont aidé l'OPS à augmenter le nombre d'abonnés sur chaque plateforme. L'OPS a également organisé un tweet chat sous le hashtag #ImmunizationDuringCovid, où des experts de l'OPS ont répondu à des questions sur la vaccination pendant la pandémie qui ont été posées par des participants sélectionnés. Pour en savoir plus sur la campagne de la SVA de cette année, veuillez consulter le site www.paho.org/wva. ■

^e Organisation mondiale de la Santé. Immunization in the context of COVID-19 pandemic. Frequently Asked Questions (FAQ). 16 Avril 2020. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331818/WHO-2019-nCoV-immunization_services-FAQ-2020.1-eng.pdf (anglais)

^f Organisation mondiale de la Santé. Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination and COVID-19. Scientific Brief. 12 avril 2020. [Disponible sur : [https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-gu%C3%A9rin-\(bcg\)-vaccination-and-covid-19](https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/bacille-calmette-gu%C3%A9rin-(bcg)-vaccination-and-covid-19)]

^g Organisation mondiale de la Santé. The use of oral polio vaccine (OPV) to prevent SARS-CoV2. Avril 2020. [Disponible sur : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf>]

La vaccination des nouveau-nés dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Version 1 : 19 mai 2020

Recommandations formulées à titre préliminaire, sujettes à révision à mesure que de nouvelles données factuelles seront disponibles

Objectif

- Proposer des orientations concernant la vaccination des nouveau-nés avec le vaccin anti-hépatite B et le BCG dans le contexte de la pandémie de COVID-19 afin de maintenir un taux élevé de couverture vaccinale.

Considérations fondamentales

- La pandémie de COVID-19 a un impact économique, social et sanitaire considérable au sein de la population et représente une charge pour les services de santé. Selon les informations disponibles à ce jour, les personnes âgées ainsi que les personnes de tout âge souffrant de maladies sous-jacentes courent un plus grand risque de présenter une maladie grave due à la COVID-19.
- Peu de cas de COVID-19 chez les nouveau-nés ont été notifiés. Pour l'instant, il n'existe aucune preuve de transmission verticale de l'infection au SARS-CoV-2

des femmes enceintes infectées à leur fœtus^{1,2}, pas plus que l'on a de preuves de la présence du virus dans le lait maternel². Toutefois, les études de dépistage chez toutes les femmes enceintes qui sont venues accoucher dans deux hôpitaux durant le pic de l'épidémie à New York (États-Unis d'Amérique) ont montré qu'entre 15 % et 20 % de ces femmes étaient infectées par la COVID-19, même si plus des deux tiers de ces femmes infectées ne présentaient pas de symptômes^{3,4}. Pour éviter que les femmes infectées ne contaminent leurs nouveau-nés durant le post-partum, il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures de prévention de la transmission de la COVID-19, par exemple par le port d'un masque durant l'allaitement³⁻⁵.

- Les séries de cas de nouveau-nés atteints de la COVID-19 publiées à ce jour montrent que la majeure partie des nouveau-nés étaient asymptomatiques et que seule une minorité présentait un

tableau clinique mineur (et, très rarement, modéré), dont l'issue a été favorable⁶.

- Les présentes recommandations concernant la vaccination des nouveau-nés dans le contexte de la pandémie de COVID-19 complètent les orientations pour le programme de vaccination formulées par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)⁷ et par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)^{8,9}. Elles ont été mises au point par l'équipe de vaccination intégrale de la famille de l'OPS en collaboration avec le Centre latino-américain de périnatalogie/Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SMR) de l'OPS et avec le Système de gestion des incidents de l'OPS pour la COVID-19 ; elles ont fait l'objet de consultations avec les membres du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination et avec des experts des centres collaborateurs de l'OPS.

Tableau 1. Recommandations de vaccination des nouveau-nés dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Scénario	Mère ^k	Nouveau-né	Accouchement dans un établissement/hôpital	Accouchement à domicile
A	<u>Sans suspicion clinique</u> d'infection à la COVID-19	<u>Sans suspicion clinique</u> d'infection à la COVID-19	Compte tenu du calendrier national de vaccination, les recommandations sont comme suit : → Procéder à la vaccination anti-hépatite B (pendant les premières 24 heures suivant la naissance) → Procéder à l'administration du BCG (dès la naissance ou le plus tôt possible)	Compte tenu du calendrier national de vaccination et de la tactique de vaccination la plus appropriée ^{1,15} , les recommandations sont comme suit : → Procéder à la vaccination anti-hépatite B (pendant les premières 24 heures suivant la naissance ou dès que possible) → Procéder à l'administration du BCG (dès la naissance ou le plus tôt possible)
B	<u>Avec suspicion clinique non confirmée en laboratoire</u> d'une infection à la COVID-19	<u>Sans suspicion clinique</u> d'une infection à la COVID-19 ^m		
C	Infection à la COVID-19 <u>confirmée en laboratoire</u> (avec ou sans suspicion clinique)	Infection à la COVID-19 <u>non confirmée en laboratoire</u> (avec ou sans suspicion clinique)	Il convient de considérer le nouveau-né comme un contact d'un cas confirmé (la mère), qui pourrait transmettre la COVID-19 à d'autres personnes. C.1) Si le nouveau-né est asymptomatique : → Procéder à la vaccination anti-hépatite B (pendant les premières 24 heures suivant la naissance) → Procéder à l'administration du BCG (dès la naissance ou le plus tôt possible) C.2) Si le nouveau-né présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 : → Procéder à la vaccination anti-hépatite B (pendant les premières 24 heures suivant la naissance) → Reporter l'administration du BCG avant la sortie de l'établissement de santé	Il convient de considérer le nouveau-né comme un contact d'un cas confirmé (la mère), qui pourrait transmettre la COVID-19 à d'autres personnes. C.3) Si le nouveau-né est asymptomatique et si les conditions de la pandémie de COVID-19 le permettent, proposer une vaccination à domicile : → Procéder à la vaccination anti-hépatite B (pendant les premières 24 heures suivant la naissance ou dès que possible) → Procéder à l'administration du BCG (dès la naissance ou le plus tôt possible) C.4) Si le nouveau-né présente des symptômes compatibles avec la COVID-19 : → Si les conditions de la pandémie de COVID-19 le permettent, proposer la vaccination anti-hépatite B à domicile (pendant les premières 24 heures suivant la naissance ou dès que possible) → Reporter l'administration du BCG jusqu'à 14 jours après la disparition des symptômes ⁹
D	Infection à la COVID-19 <u>confirmée en laboratoire</u> (avec ou sans suspicion clinique)	Infection à la COVID-19 <u>confirmée en laboratoire</u> (avec ou sans suspicion clinique)	Il convient de considérer le nouveau-né comme un cas confirmé , qui peut transmettre la COVID-19 à d'autres personnes. D.1) Si le nouveau-né atteint de COVID-19 est asymptomatique ou présente un tableau clinique léger : → Reporter la vaccination anti-hépatite B avant la sortie de l'établissement de santé, exception faite de l'enfant né d'une mère positive pour le HBsAg/HBeAg, procéder à la vaccination anti-hépatite B pendant les premières 24 heures suivant la naissance ou dès que possible → Reporter l'administration du BCG avant la sortie de l'établissement de santé D.2) Si le nouveau-né atteint de COVID-19 présente un tableau clinique modéré ou grave : → Reporter la vaccination anti-hépatite B avant la sortie de l'établissement de santé, exception faite de l'enfant né d'une mère positive pour le HBsAg/HBeAg, procéder à la vaccination anti-hépatite B pendant les premières 24 heures suivant la naissance ou dès que le tableau clinique est stable → Reporter l'administration du BCG avant la sortie de l'établissement de santé	Il convient de considérer le nouveau-né comme un cas confirmé , qui peut transmettre la COVID-19 à d'autres personnes. D.3) Si le nouveau-né atteint de la COVID-19 est asymptomatique ou présente un tableau clinique léger : → Reporter la vaccination anti-hépatite B et l'administration du BCG à 14 jours après la confirmation diagnostique en laboratoire. ⁹ Pour un enfant né d'une mère positive pour le HBsAg/HBeAg, proposer la vaccination anti-hépatite B à domicile pendant les premières 24 heures suivant la naissance ou dès que possible D.4) Si le nouveau-né atteint de la COVID-19 présente un tableau clinique modéré ou grave : → Orienter vers un service de santé et reporter la vaccination en suivant les recommandations « D.2 ».

^k La suspicion clinique y/o confirmation par laboratoire de infection par COVID-19 de la mère, se considère para días anteriores al parto o durante el parto.

^l Se puede considerar: vacunación en el servicio de salud, vacunación domiciliar, puestos de vacunación, brigadas o equipos móviles.

^m Recién nacidos de madre con sospecha clínica de COVID-19 sin confirmación de laboratorio (resultados pendientes o pruebas no disponibles) no se consideran recién nacidos sospechosos¹⁷.

ⁿ Período para prevenir el riesgo de transmisión de COVID-19 a otras personas⁸.

^o Período para prevenir el riesgo de transmisión de COVID-19 a otras personas⁹.

NOUVEAU-NÉS COVID-19 suite de la page 3

Recommandations

- La vaccination des nouveau-nés est considérée comme un service essentiel. Étant donné que les accouchements en milieu hospitalier continueront de se produire dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la vaccination des nouveau-nés avec le vaccin anti-hépatite B et le vaccin BCG (en fonction du calendrier national de vaccination de chaque pays) doit rester une priorité.
- On ne connaît pas de contre-indication médicale à la vaccination de cas suspects^h ou confirmésⁱ d'infection à la COVID-19 ni à la vaccination des contacts⁹, et cela s'applique à la vaccination des nouveau-nés. Le tableau 1 illustre 4 scénarios en fonction de l'état de la mère et du nouveau-né par rapport à l'infection à la COVID-19, ainsi que des recommandations de vaccination selon le cas où l'accouchement a lieu en milieu hospitalier ou à domicile. Tous les scénarios envisagent la mise en œuvre de mesures de prévention de la transmission de la COVID-19 (pour les personnels de santé qui administrent des soins au nouveau-né et le vacci-

nant¹⁰, pour la mère allaitante et pour le nouveau-né).

- Le vaccin anti-hépatite B est un vaccin inactivé. Lorsqu'il est administré dans les premières 24 heures après la naissance, il diminue le risque de transmission verticale de l'hépatite B, ce qui est particulièrement important lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né dont la mère est positive pour l'antigène de surface de l'hépatite B (HBsAg) / antigène e de l'hépatite B (HBeAg). S'il est administré après les premières 24 heures mais pendant la première semaine suivant la naissance, il présente une certaine efficacité pour la prévention de la transmission verticale (quoique cette efficacité diminue progressivement chaque jour que l'on reporte l'administration du vaccin). S'il est administré après la première semaine de naissance, il peut rester efficace pour la prévention de la transmission horizontale de l'hépatite B et, par conséquent, l'administration de ce vaccin reste bénéfique^{11,12}.
- Le BCG est un vaccin vivant atténué qui est administré pour prévenir la tuberculose. L'administration du BCG est recommandée dès la naissance ou le

plus tôt possible. Les nouveau-nés prématurés, d'âge gestationnel de plus de 31 semaines et les nouveau-nés de faible poids (inférieur à 2500 g), qui sont en bonne santé et stables sur le plan clinique, peuvent recevoir le BCG à la naissance ou, au plus tard, à leur sortie de l'établissement de santé¹³.

- La co-administration du vaccin anti-hépatite B à la naissance et du BCG est sûre ; elle est recommandée par l'OPS et par l'OMS^{11,13}.
- Les recommandations générales de vaccination indiquent que les maladies aiguës légères comme la fièvre légère, l'infection des voies respiratoires supérieures, le rhume, l'otite moyenne ou la diarrhée mineure ne constituent pas une contre-indication à la vaccination suivant le calendrier de vaccination. Ce n'est qu'en cas de maladie aiguë modérée ou grave, à titre de précaution, qu'il est recommandé de reporter la vaccination, en particulier avec des vaccins vivants atténués comme le BCG, jusqu'à la guérison¹⁴. ■

Références

1. Karimi-Zarchi M, Namatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behrouz A, et al. Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 (COVID-19) from Infected Pregnant Mothers to Neonates : A Review. *Fetal Pediatr Pathol* [Internet]. 2020; 0(0):1-5. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/15513815.2020.1747120>
2. Organisation mondiale de la Santé. Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding [Internet]. 2020. Disponible (en anglais) sur : <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>
3. Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, Goffman D. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *NEJM* [Internet]. 2020; 1-3. Disponible sur : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2009316>
4. Vintzileos WS, Muscat J, Hoffmann E, Vo D, John NS, Verticchio R, et al. Screening all pregnant women admitted to Labor and Delivery for the virus responsible for COVID-19. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020; Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.024>
5. Ferrazi E, Frigerio L, Savasi V, Vergani P, Prefumo F, Barresi S, et al. Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy : a retrospective analysis. *BJOG* [Internet]. 2020; 0-1. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16278>
6. Zeng L, Xia S, Yuan W, Yan K, Xiao F, Shao J, et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2020; 23(7):4-6. Disponible sur : doi : 10.1001/jamapediatrics.2020.0878
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Le programme de vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 [Internet]. V2 : 24 avril 2020. 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665/252055>
8. Organisation mondiale de la Santé. Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331669>
9. Organisation mondiale de la Santé UNICEF. La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Questions fréquentes (FAQ) [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332010>
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Prise en charge du travailleur de santé exposé au nouveau coronavirus (COVID-19) dans les établissements sanitaires. Recommandations provisoires. [Internet]. Vol. 005, p. 1-6. Disponible (en espagnol) sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331660/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Organisation mondiale de la Santé. Vaccins anti-hépatite B : Note de synthèse de l'OMS - Juillet 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255841/WHO9227.pdf?sequence=1>
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Sept questions fréquentes sur la dose de vaccin anti-hépatite B à la naissance [Internet]. Bulletin d'immunisation. Disponible sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665/251885/PAIV41n2019_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
13. Organisation mondiale de la Santé. Vaccins BCG : Note de synthèse de l'OMS - Février 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260306/WHO9308.pdf;jsessionid=988F245FFD2A848FD8490C070A100?sequence=1>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases [Internet]. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S E, editor. Washington DC : Public Health Foundation ; 2015. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/genrec.html>
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Cours de gestion efficace du Programme élargi de vaccination (PEV) [Internet]. 2006. Disponible (en espagnol) sur : <https://www.paho.org/immunization/Toolkit/resources/paho-publication/training-materials/modulo5.pdf?ua=1>
16. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance mondiale de la COVID-19 due à une infection humaine par le nouveau coronavirus 2019. Orientations provisoires [Internet]. 2020. Disponible sur : [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
17. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>

Cadre pour la prise de décision : mise en œuvre de campagnes de vaccination de masse dans le contexte de la COVID-19^h

Orientations provisoires 22 mai 2020

Cadre général

Les campagnes de vaccination de masse visant à prévenir les flambées de maladies à prévention vaccinale et de maladies à fort impact (MPV/MFI) ou à y riposter sont des stratégies efficaces pour réduire le nombre de décès et lutter contre les maladies. Pourtant, de nombreux pays ont dû différer ces campagnes de vaccination en raison des mesures de distanciation physique qui ont été mises en place pour freiner la transmission de la COVID-19.

Les pays qui sont touchés à la fois par des flambées de MPV/MFI et de COVID-19 peuvent avoir du mal à déterminer le meilleur plan d'action. Il peut s'avérer complexe de soupeser les avantages d'une intervention sûre et efficace qui réduit la mortalité et la morbidité par rapport aux risques de transmission accrue d'une nouvelle maladie susceptible de surcharger les services de santé essentiels. Le point de départ de cette réflexion est une analyse du rapport risques/avantages qui examine en détail les données épidémiologiques et pèse les conséquences à court et moyen terme sur la santé publique de la mise en œuvre ou du report de campagnes de vaccination de masse, pondérées par une augmentation potentielle de la transmission de la COVID-19.¹

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, ce document :

- I. définit un **cadre commun** pour la prise de décision concernant la conduite de campagnes de prévention et de campagnes de lutte contre les flambées ;
- II. propose des principes à prendre en compte s'agissant de la mise en œuvre de **campagnes de vaccination de masse destinées à prévenir un risque accru de MPV/MFI chez les populations exposées** ;
- III. détaille les risques et les avantages de mener des **campagnes de vaccination pour lutter contre les flambées de MPV/MFI**.

Ce document est complété par une annexe (annexe 1) qui donne des conseils sur la manière d'organiser en toute sécurité une campagne de vaccination de masse, ainsi que par une série de documents techniques sur les mesures de prévention, d'intervention et de lutte contre la COVID-19, notamment les Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19 : orientations provisoires,² La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes (FAQ),³ et Polio eradication programme continuity: implementation in the context of the COVID-19 pandemic.⁴ Ces orientations provisoires devraient également être utilisées en conjonction avec les lignes directrices de l'OMS sur la lutte contre certaines maladies.

Public cible

Ces orientations provisoires doivent être utilisées par les autorités sanitaires nationales (et infranationales, le cas échéant), ainsi que par les partenaires des programmes de vaccination.

Cadre commun pour la prise de décision

Si l'urgence et l'impératif de santé publique pour mener une campagne de vaccination préventive de masse ou une campagne de vaccination en riposte à une flambée peuvent différer, la méthode de prise de décision est similaire. Le cadre décrit ici est généralement applicable aux deux scénarios et propose d'effectuer au cas par cas l'évaluation comparative des risques et avantages relatifs, en suivant une approche par étapes.

La **Figure 1** présente un tableau de prise de décision qui illustre les cinq étapes :

Étape 1 : Évaluer l'impact potentiel de la flambée de MPV/MFI à l'aide de critères épidémiologiques clés (voir détail, tableau 1^o).

Étape 2 : Évaluer les avantages potentiels d'une campagne de vaccination de masse et la capacité du pays à la mettre en œuvre de manière sûre et efficace (voir détail, tableau 2).

^h Définition d'un cas suspect selon l'OMS^h : un patient présentant une maladie respiratoire aiguë (fièvre et au moins un signe/symptôme d'atteinte respiratoire, p. ex. toux, dyspnée) ET qui a voyagé ou résidé dans un secteur géographique ayant notifié une transmission communautaire de la COVID-19 au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ; OU un patient présentant une maladie respiratoire aiguë ET qui a été en contact avec un cas confirmé au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ; OU un patient présentant une maladie respiratoire aiguë sévère ET nécessitant une hospitalisation ET pour lequel il n'existe pas d'autre diagnostic qui explique le tableau clinique.

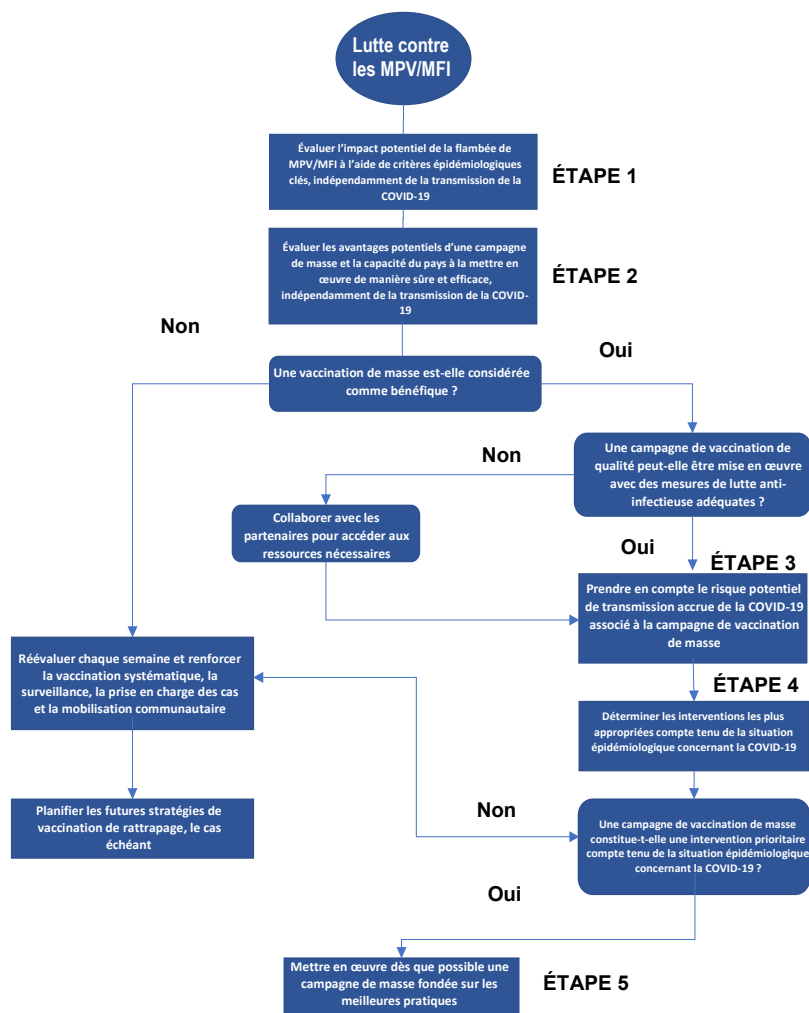
ⁱ Définition d'un cas confirmé selon l'OMSⁱ : une personne présentant une infection à la COVID-19 confirmée en laboratoire, quels que soient les signes et symptômes cliniques.

⁹ Définition d'un contact selon l'OMS⁹ : une personne qui a connu une ou plusieurs expositions dans les 2 jours précédant et les 14 jours suivant l'apparition des symptômes chez un cas probable ou confirmé.

^o Ce texte provient d'un document publié par l'OMS. Pour voir la version complète du document dans son format original, visitez https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332269/WHO-2019-nCoV-Framework_Mass_Vaccination-2020.1-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CAMPAGNES COVID-19 suite de la page 4

Figure 1 : Schéma du processus décisionnel



Étape 3 : Prendre en compte le risque potentiel de transmission accrue de la COVID-19 associé à la campagne de vaccination de masse.

Étape 4 : Déterminer les mesures les plus appropriées compte tenu de la situation épidémiologique au regard de la COVID-19 (voir détail, tableau 3).

Étape 5 : Si la décision est prise de mener une campagne de vaccination de masse, il faut mettre en œuvre les meilleures pratiques, et tenir compte des éléments suivants :

- La coordination, la planification, la lutte anti-infectieuse, les différentes stratégies de vaccination, la mobilisation communautaire et l'accès équitable aux fournitures. (voir détail, tableau 4)
- Le déroulement de la campagne conformément aux lignes directrices de l'OMS concernant la lutte contre les flambées de certaines maladies et concernant la lutte anti-infectieuse dans le contexte des flambées de COVID-19 ainsi qu'aux mesures et réglementations locales relatives à la lutte contre la COVID-19.⁵⁻⁹

Ces cinq étapes sont généralement mises en œuvre successivement, mais elles ne sont pas strictement chronologiques. Des chevauchements sont à prévoir dans le processus.

Déroulement des campagnes de vaccination préventive de masse

À mesure qu'ils acquièrent une meilleure compréhension de la transmission locale du virus de la COVID-19 et compte tenu du risque accru de morbidité et de mortalité résultant de l'interruption des services de vaccination, les pays envisagent de reporter encore

les campagnes de vaccination de masse et étudient les différentes solutions pour les mettre en œuvre ultérieurement.

Il est conseillé aux autorités sanitaires d'adopter un processus décisionnel systématique, comme illustré sur la Figure 1, afin de déterminer si et comment une campagne de vaccination de masse doit être menée et de demander aux Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination de donner des conseils à propos de la suspension et/ou du rétablissement des campagnes de vaccination de masse.

La liste ci-dessous, bien que non exhaustive, énonce les principes essentiels à prendre en considération avant de lever toute suspension temporaire des campagnes de vaccination préventive de masse. D'autres références figurent dans la troisième section du document. Dans le contexte de la transmission de la COVID-19, les pays sont vivement encouragés à :

- surveiller en permanence le risque croissant de flambées de MPV/MFI associé à la perturbation des services de santé essentiels et de la vaccination systématique causée par la pandémie de COVID-19
- ne mener que des campagnes de vaccination préventive de qualité qui peuvent être réalisées dans des conditions de sécurité, sans risque indu pour les agents de santé et pour la communauté
- évaluer la capacité du pays à mettre en œuvre une campagne de vaccination de masse - à l'échelon national ou infranational - en toute sécurité et avec efficacité malgré une flambée de COVID-19 en évaluant : les ressources humaines

; les capacités de la chaîne du froid ; les obstacles logistiques et de transport ; la capacité à respecter les mesures de lutte anti-infectieuse ; le flux de matériel et les besoins financiers (voir détail, tableau 2)

- comprendre les comportements de la communauté en matière de recherche de soins dans le contexte de la COVID-19 et associer les responsables communautaires à la prise de décision, à la conception et à la planification des activités afin de garantir un niveau élevé de demande et d'utilisation des services, et, en parallèle, élaborer des stratégies adaptées en matière de communication sur les risques (voir détail, tableau 2)
- instaurer de solides mécanismes de coordination et de surveillance pour planifier conjointement avec les équipes spéciales chargées de la COVID-19 des stratégies de vaccination non traditionnelles qui respectent les mesures de distanciation physique. Cette nouvelle approche peut nécessiter d'allonger la durée de la campagne, d'augmenter le nombre d'agents de santé concernés ou d'adapter les stratégies de communication (voir détail, tableau 4)
- lorsque c'est possible, chercher à réaliser des gains d'efficacité en fournissant des services intégrés et adopter des approches adaptées au contexte afin de
- veiller à ce que le matériel nécessaire pour satisfaire aux impératifs de la lutte anti-infectieuse puisse être obtenu en quantité suffisante, soit accessible à tous les agents de santé à tous les niveaux, et en surveiller étroitement la bonne utilisation (voir détail, tableau 4)
- donner la priorité à la formation du personnel de santé, y compris des vacinateurs, afin qu'ils respectent strictement les recommandations en matière de lutte anti-infectieuse sur les sites et lors des séances de vaccination (voir annexe 1)
- veiller à la mise en place d'un solide système de supervision et d'un système de suivi efficace qui permette de repérer les effets indésirables de la vaccination.

Déroulement des campagnes de vaccination de masse en riposte aux flambées

S'appuyant sur le schéma décisionnel illustré à la Figure 1, cette section donne plus de détails sur chacune des cinq étapes décrites dans la première section, dans le contexte d'une flambée aiguë de MPV/MFI.

Étape 1 : Évaluer l'impact potentiel de la flambée de MPV/MFI en utilisant les critères épidémiologiques clés

Le tableau 1 présente les principaux critères que les autorités sanitaires doivent prendre en compte pour évaluer l'impact des flambées de MPV/MFI. La liste n'est pas exhaustive et a pour but de guider la prise de décision. Même si les critères sont applicables à tous les cas de MPV/MFI, l'évaluation doit tenir compte des spécificités de chaque MPV/MFI ainsi que de l'historique des tendances de la zone touchée concernant cette MPV/MFI.

Étape 2 : Évaluer les avantages potentiels d'une campagne de vaccination de masse et la capacité du pays à la mettre en œuvre de manière sûre et efficace

Dans la mesure du possible, la priorité doit être donnée à la vaccination des populations vulnérables exposées à un risque accru de morbidité et de mortalité dû à une MPV/MFI. Toutefois, les pays doivent évaluer minutieusement les risques et les avantages avant de décider si une campagne de vaccination de masse constitue la stratégie la plus appropriée pendant la pandémie de COVID-19. Pour faciliter la prise de décision, le tableau 2 fournit aux décideurs des éléments clés à prendre en compte.

Étape 3 : Prendre en compte le risque potentiel de transmission accrue de la COVID-19 associé à la campagne de vaccination de masse

CAMPAGNES COVID-19 suite de la page 5

Tableau 2. Principaux éléments à prendre en compte lors de l'évaluation du rapport risques-avantages pour la mise en œuvre de campagnes de vaccination de masse, indépendamment des scénarios de transmission de la COVID-19

Critères risques-avantages	Principaux éléments à prendre en compte
Évaluer l'impact de la campagne de vaccination de masse sur la transmission de la MPV/MFI	Estimer l'effet potentiel sur l'interruption de la transmission de la MPV/MFI Estimer le niveau de réduction potentielle de la morbidité et de la mortalité Estimer le potentiel d'immunité collective Examiner l'impact de la COVID-19 sur la surveillance de la MPV
Déterminer la capacité du pays à mettre en œuvre une campagne de vaccination de masse de qualité	Évaluer la capacité et la disponibilité des ressources humaines, en dressant notamment une liste du personnel formé (par exemple, pour la poliomyélite), des partenaires de développement, des ONG et des OSC. Déterminer les besoins en ressources matérielles et évaluer les capacités d'approvisionnement et de logistique : disponibilité de ressources suffisantes et adéquates, y compris des masques et des équipements de protection individuelle (EPI) supplémentaires, le cas échéant ⁹⁻¹¹ (Annexe 1). Prendre en compte les éventuelles perturbations dans le transport de marchandises en raison des restrictions liées à la COVID-19. Estimer la capacité économique et financière, y compris les fonds nécessaires et disponibles ⁴ . Déterminer les besoins de suivi pour la surveillance des effets indésirables après la vaccination, et pour les campagnes de surveillance de la COVID-19 post-vaccination.
Estimer l'impact sur la santé publique de la non-réalisation d'une campagne de vaccination de masse	Estimer le risque de surcroît de morbidité et de mortalité ainsi que le risque accru d'amplification et de propagation rapides. Prendre en compte la pression qui s'exerce sur les services de santé en raison du surcroît de morbidité lié à la MPV/MFI et l'effet indirect sur la mortalité imputable à d'autres maladies (par exemple, augmentation des décès dus au paludisme, à la rougeole, au VIH/sida et à la tuberculose observée pendant la flambée de maladie à virus Ebola en 2014-2015 et due aux perturbations dans les services de santé). ¹² Tenir compte de la perturbation des services de santé essentiels et du détournement des ressources des programmes systématiques et de la riposte à la COVID-19. Estimer le risque accru d'exposition à l'infection par COVID-19 en raison de l'accroissement des besoins en soins de santé des cas de MPV/MFI.
Évaluer la solidité de la mobilisation communautaire	Déterminer comment la communauté et la population cible perçoivent les risques associés à la COVID-19 et à la flambée de MPV/MFI. Envisager d'associer les représentants communautaires au processus de décision ainsi qu'à la planification et à la mise en œuvre des interventions. Envisager d'adapter les stratégies de mobilisation communautaire et de communication pour informer le public sur les avantages et les risques potentiels liés aux mesures de lutte adoptées. Comprendre les besoins en matière de communication sur les risques en cas d'événement indésirable après la vaccination ou d'aggravation de la COVID-19.

Les grands rassemblements lors des campagnes de vaccination de masse peuvent accroître le risque d'introduction de la COVID-19 ou amplifier la transmission d'une personne à l'autre au sein de la communauté et parmi les agents de santé.¹³ L'ampleur de ce risque n'est pas encore bien comprise, mais les résultats des études de modélisation en cours pourraient bientôt fournir davantage de données permettant d'éclairer encore la prise de décision. En attendant, lors de l'évaluation du risque potentiel de transmission de la COVID-19 associé à la réalisation d'une campagne de vaccination de masse, il est vivement conseillé aux pays de tenir compte des éléments suivants :

a) Le scénario de transmission de la COVID-19 dans le pays et les zones touchées.¹⁴

b) Le type et le niveau des mesures et des interventions en matière de lutte imposées par les pouvoirs publics et l'adhésion de la communauté à ces mesures : Le risque de transmission de la COVID-19 lors d'une vaccination de masse peut être différent dans les zones où les mesures de confinement sont strictes et rigoureusement appliquées et dans celles où elles ne sont pas respectées

par la population ou sont faiblement mises en œuvre.

c) Les stratégies de vaccination et le mode d'administration du vaccin : Le risque de transmission de la COVID-19 pourrait être réduit (i) en décentralisant l'administration des vaccins par des postes avancés ou des sites mobiles et/ou en augmentant le nombre de sites de vaccination pour limiter les grands rassemblements, et (ii) en procédant à l'auto-administration ou à l'administration sous surveillance directe de vaccins oraux en flacons monodoses (par exemple, le vaccin anticholérique oral), ce qui limite les contacts entre les vaccinés et les bénéficiaires de la vaccination.

d) La capacité à mettre en œuvre des mesures rigoureuses de lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 pendant la campagne et à communiquer et collaborer efficacement avec la communauté : Le risque de transmission de la COVID-19 peut être réduit moyennant la mise en œuvre d'un dépistage approprié de la COVID-19, le respect de la distanciation physique entre les participants à la campagne et les équipes de vaccination (1 mètre), le respect des pratiques de lutte anti-infectieuse et la fourniture en quantité suffisante de masques et d'EPI

Tableau 3. Interventions recommandées en fonction du risque épidémiologique de la flambée de MPV/MFI et du scénario relatif à la COVID-19¹⁴

Caractéristiques épidémiologiques de la flambée de MPV et de MFI	Scénarios de transmission de la Covid-19 ¹⁴				Actions recommandées (Ensemble des scénarios : renforcer la vaccination systématique)
	Nb de cas	Cas sporadiques	Groupes de cas	Transmission communautaire	
Risque faible					Mettre en œuvre la vaccination en cas de flambée avec les mesures de précaution standard en matière de lutte anti-infectieuse
Risque modéré					Réévaluer chaque semaine, mettre en œuvre des mesures de lutte contre les flambées de MPV/MFI, envisager une campagne de vaccination préventive
Risque élevé					Réévaluer chaque semaine, mettre en œuvre des mesures de lutte contre les flambées de MPV/MFI
					La mise en œuvre ou le report de la campagne pourrait avoir un impact négatif. La décision doit être prise au cas par cas.

Faible risque : cas sporadiques dans une zone géographiquement localisée où il y a une immunité collective

Risque modéré : groupe de cas dans une zone géographiquement localisée où l'immunité collective est faible ou nulle

Risque élevé : risque d'augmentation rapide du nombre de cas, deux districts ou plus sont touchés, situations de conflits fragiles et populations vulnérables

⁹ Pour les pays pouvant bénéficier du soutien de l'Alliance GAVI, les coûts de fourniture de vaccins et les coûts opérationnels des campagnes en riposte aux flambées sont couverts (jusqu'à un certain plafond) pour le choléra, la méningite à méningocoque, la typhoïde et la fièvre jaune. Pour le vaccin contre la rougeole, les coûts sont couverts par le fonds d'intervention d'urgence de la Measles & Rubella Initiative (M&RI).

¹⁴ Les scénarios de transmission la COVID-19 de l'OMS ont été élaborés pour classer les pays et peuvent également être appliqués à l'échelon infranational.

CAMPAGNES COVID-19 suite de la page 6

supplémentaires selon les besoins^{9,10} (voir Annexe 1). Les campagnes de vaccination seront plus efficaces si les populations ont confiance dans les mesures prises en matière de lutte anti-infectieuse et de santé publique.

Étape 4 : Déterminer les actions les plus appropriées compte tenu de la situation épidémiologique concernant la COVID-19

Les grands rassemblements lors des campagnes Sur la base de l'analyse risques-avantages réalisée aux

étapes 1 à 3, les autorités sanitaires peuvent déterminer les interventions les plus appropriées en fonction du risque épidémiologique de la flambée de MPV/MFI et du scénario de transmission de la COVID-19 que connaît le pays. Le graphique du tableau 3 guide les interventions recommandées en réponse à ce double risque.

Étape 5 : Si la décision est prise de procéder à une campagne de vaccination de masse, adopter les meilleures pratiques

Plusieurs stratégies se prêtent à la mise en œuvre de campagnes de vaccination de masse. Les pays sont donc encouragés à explorer des méthodes de vaccination alternatives, non traditionnelles ou mixtes dès le début de la phase de planification, et à suivre les recommandations de l'OMS sur l'organisation de campagnes de vaccination de qualité dans le contexte de la pandémie de COVID-19, avec le soutien des parties prenantes locales, régionales et internationales (Annexe 1). ■

Tableau 4. Principaux éléments à prendre en compte pour mettre en œuvre les meilleures pratiques lors des campagnes de vaccination de masse

Domaines de meilleures pratiques	Principaux éléments à prendre en compte
Coordination	Mettre en place un solide mécanisme de coordination et de surveillance pour collaborer avec les équipes spéciales en charge de la COVID-19, ainsi qu'avec les partenaires du programme de vaccination, les organisations de la société civile, les responsables communautaires, les agences internationales de santé et les donateurs.
Planification	La planification détaillée devrait comprendre : des informations actualisées sur la population cible (telles que les migrations internes, comme le mouvement du secteur rural vers le secteur urbain pendant le confinement), les estimations les plus fiables des besoins de masques et d'équipements de protection individuelle (EPI) supplémentaires, et des mesures adéquates tant pour la lutte anti-infectieuse que pour la gestion des déchets. ^{9,10,15} Examiner les besoins en ressources humaines et financières supplémentaires pour permettre la mise en œuvre d'une campagne de qualité, en tenant compte des conséquences de la distanciation physique ou des mesures spécifiques de lutte contre la COVID-19. Veiller à mettre à jour les modes opératoires normalisés et la formation sur la lutte anti-infectieuse, l'utilisation des EPI et toute modification des méthodes de vaccination.
Lutte anti-infectieuse^{9,10}	Les activités ne doivent être entreprises que si elles sont conformes aux orientations fournies par l'OMS sur la COVID-19 en matière de limitation de la transmission. Respecter rigoureusement les bonnes pratiques de lutte anti-infectieuse, y compris l'accès adéquat aux fournitures appropriées, comme les masques, le désinfectant pour les mains ou les dispositifs de lavage des mains à l'eau et au savon, afin de faire appliquer les précautions standard et axées sur la transmission pour protéger les agents de santé non seulement contre la COVID-19, mais aussi contre d'autres agents pathogènes potentiellement transmissibles par contact entre personnes ou par piqûres d'aiguilles, conformément aux recommandations de l'OMS. ¹⁶
Stratégies de vaccination	Adapter les stratégies pour que la campagne de vaccination se déroule de la manière la plus sûre et la plus efficace possible. Envisager d'augmenter le délai et le nombre de sites de vaccination, de manière à ce qu'un nombre de personnes plus restreint puissent être vaccinées par site/jour conformément aux mesures de distanciation physique. Envisager des campagnes ciblées et adaptées dans les zones à haut risque et/ou les groupes à haut risque. Envisager de décentraliser les sites de vaccination au moyen de postes de vaccination mobiles et avancés, utiliser des locaux publics ou privés vides comme sites de vaccination (établissements scolaires ou stades, par exemple). La vaccination en porte à porte pourrait être envisagée si les ressources humaines et les capacités logistiques et de lutte anti-infectieuse sont suffisantes. Utiliser des mesures opérationnelles non traditionnelles ou nouvelles pour l'administration du vaccin. Par exemple, le vaccin anticholérique oral (OCV) est administré à l'aide d'un flacon monodose et est thermostable. Son administration ne nécessite pas de personnel qualifié et se prête à l'auto-administration sous surveillance directe, évitant ainsi tout contact physique entre vaccinés et bénéficiaires.
Mobilisation communautaire	Associer les responsables communautaires et d'autres acteurs communautaires de confiance à la planification des campagnes de vaccination, à la diffusion de messages sanitaires (par exemple, radio communautaire et médias sociaux) sur la prévention de la COVID-19 et encourager les personnes à se faire soigner si elles présentent des symptômes potentiels de la COVID-19. ^{10, 17} Renforcer la confiance du public dans la capacité de la campagne à éviter d'accroître le risque d'infection par la COVID-19. Collaborer étroitement avec la communauté pour limiter le plus possible le risque de transmission de la COVID-19 pendant la campagne de vaccination ; par exemple, les personnes présentant de la fièvre et des symptômes respiratoires devront être encouragées à se faire soigner avant de se faire vacciner.
Accès équitable	Veiller à ce que les stocks de vaccins d'urgence pour riposter aux flambées de choléra, de rougeole, de méningite, de poliomyélite et de fièvre jaune soient facilement accessibles. Assurer un accès rapide et équitable aux vaccins et au financement des coûts opérationnels pour l'organisation de campagnes de vaccination de masse. ⁸

Références

- Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : cadre pour la prise de décision. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259736>, consulté le 11 mai 2020)
- Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19 : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331669>, consulté le 11 mai 2020)
- La vaccination dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : questions fréquentes (FAQ). Genève : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332010>, consulté le 11 mai 2020)
- Polio eradication programme continuity: implementation in the context of the COVID-19 pandemic. Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-POL-programme-continuity-planning-20200325.pdf>, consulté le 11 mai 2020)
- Response to measles outbreaks in measles mortality reduction settings. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70047>, consulté le 11 mai 2020)
- Contrôle des épidémies de méningite en Afrique : guide de référence rapide à l'intention des autorités sanitaires et des soignants. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/154598>, consulté le 11 mai 2020)
- Cholera outbreak response: Field manual. The Global Task Force on Cholera Control (GTCC); 2019 (<https://www.gtcc.org/wp-content/uploads/2020/04/gtcc-cholera-outbreak-response-field-manual.pdf>, consulté le 11 mai 2020)
- Managing yellow fever epidemics. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329432>, consulté le 11 mai 2020)
- Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331765>, consulté le 11 mai 2020)
- Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975>, consulté le 11 mai 2020)
- Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Essential resource planning: WHO surge calculators - Forecasting supplies, diagnostics and equipment requirements. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/who-documents-detail/covid-19-essential-supplies-forecasting-tool>, consulté le 11 mai 2020)
- Parpia, A. S., Ndeffo-Mbah, M. L., Wenzel, N. S., & Galvani, A. P., 2016. Effects of Response to 2014-2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis, West Africa. *Emerging infectious diseases*, 22(3), 433-441. (<https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>, consulté le 11 mai 2020)
- Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331004>, consulté le 20 mai 2020)
- Surveillance mondiale de la COVID-19 due à une infection humaine par le nouveau coronavirus 2019 : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331738>, consulté le 11 mai 2020)
- Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: interim guidance. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331499>, consulté le 11 mai 2020)
- Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331510>, consulté le 11 mai 2020)
- The COVID-19 risk communication package for healthcare facilities. Bureau régional OMS du Pacifique occidental (WPRO). Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14482>, consulté le 11 mai 2020)

⁸ Les stocks d'urgence pour le choléra, la méningite et la fièvre jaune sont gérés par le Groupe international de coordination (GIC) et financés par l'Alliance GAVI. Le vaccin antirougeoleux est mis à disposition par le fonds d'intervention d'urgence de la Measles & Rubella Initiative : <https://measlesrubellainitiative.org/resources/outbreak-response-fund/>. Le stock mondial de vaccin antipoliomyélique oral (VPO) de type 2 est géré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au nom de ses États Membres. Un groupe consultatif, composé de représentants des partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (CDC, OMS, UNICEF, BMGF) et de membres indépendants, conseille le Directeur général de l'OMS sur la mise en circulation de ce vaccin détenu dans le stock mondial.

Le *Bulletin d'Immunisation* est publié quatre fois par an en anglais, espagnol, portugais et français par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région et au-delà.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Volume XLII Numéro 2 • Juin 2020

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2020

Tous droits réservés.

Unité d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.
<http://www.paho.org/immunization>



OPS

COOPER suite de la page 1

flambées de SRC ont ravagé la région de New York dans les années 1960. Il a participé activement aux travaux de recherche sur ces flambées. Lorsque je m'adresse à mes étudiants, je parle de lui comme étant le grand-père de l'épidémiologie du SRC. En outre, son travail dans ce domaine a considérablement amélioré l'accès et les services éducatifs pour les enfants handicapés, ce qui a abouti au passage de la loi sur l'éducation des enfants handicapés (Individuals with Disabilities Education Act). Avec sa femme, Mady, spécialiste des handicaps de l'enfance, il formait une équipe dynamique. Lou était extrêmement engagé sur le plan local, au niveau des États et dans les domaines national et international. Il a incarné la devise « Il faut penser globalement et agir localement ». C'est pourquoi Lou a contribué à la création du programme d'assurance-maladie pour les enfants de New York, qui a permis à des milliers d'enfants d'obtenir une assurance-maladie et les soins médicaux essentiels qui devraient leur revenir de droit.

La dernière fois que j'ai vu Lou, c'était quand je lui ai rendu visite, ainsi qu'à Mady, chez eux à New York. Il savait qu'il avait un cancer et qu'il ne lui restait pas beaucoup de temps à vivre. J'ai eu une réunion à l'UNICEF avec Robin Nandy, qui dirige les services de santé et de nutrition de cette organisation. Lou m'avait gentiment invité à dormir chez eux la veille de la réunion. Je lui ai demandé : « Êtes-vous jamais allé en visite à l'UNICEF ? » Il n'y était jamais allé, et il était ravi quand j'ai insisté pour qu'il



Le Dr Louis Cooper et sa femme Mady.

m'accompagne le lendemain. Nous avons prévu de négocier les problèmes de sécurité à l'entrée du bâtiment. Nous nous sommes bien amusés ; Robin a été très aimable et a donné à Lou une petite visite guidée.

Avant la réunion, je suis allé avec Lou promener son chien dans Central Park. C'était une belle matinée. Il a reçu un appel sur son portable et a poursuivi une conversation pendant quelques minutes, tout en croisant sur son chemin d'autres

promeneurs de chiens, qu'il connaissait depuis très longtemps, j'en suis sûr. Pendant sa conversation téléphonique, il a salué ses amis propriétaires de chiens et leur a demandé rapidement, tout en poursuivant sa conversation téléphonique, comment ils se portaient. Je l'ai entendu organiser avec son interlocuteur au téléphone un rendez-vous pour prendre le petit-déjeuner le lendemain. Lou lui a demandé : « Connaissez-vous un endroit où l'on sert des grits ? J'adore ça. » J'ai su plus tard que la personne au téléphone était un du Sud qui suivait un programme de libération anticipée de prison, pour lequel Lou s'était porté volontaire comme mentor. Je me souviens avoir pensé qu'un homme qui était en train de mourir du cancer allait consacrer un temps précieux, alors qu'il n'en avait que très peu, pour prendre le petit-déjeuner avec une personne qui sortait tout juste de prison. Avec quelqu'un qu'il n'avait jamais rencontré auparavant. Mais pour Lou, cette personne était un être humain. Avec une étincelle dans les yeux, il m'a confié qu'il était impatient de rencontrer cette personne et d'avoir une discussion sur le sens de la vie et ses difficultés, dans l'espoir de lui apporter des éléments de réflexion et d'aider quelqu'un dans le besoin. Il m'a chuchoté que cela le remplissait de satisfaction. C'était Lou ; il représentait quelque chose de plus que toutes ses réalisations et ses récompenses. C'était Lou ; un bon voisin, un ami merveilleux, un humble défenseur de l'esprit humain. Quel privilège, quel incroyable honneur de l'avoir connu. ■